「くまもとクロスネットシステム」退会申請書

熊本赤十字病院長　様

令和　　　年　　　月　　　日

当院（当施設）は、地域医療連携システム「くまもとクロスネットシステム」を退会したいので、下記のとおり申請します。

記

医療機関（施設）名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

施設責任者

郵便番号

住所

電話番号

FAX番号

E-Mailアドレス

実務担当者（施設責任者と異なる場合）

以上